№ 11 WARSZAWA, LISTOPAD 1932 ROK IV.

# THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

**Prenumerata roczna Zł. 10.—** **Numer pojedynczy Zł. 1.50**

Niebawem nakładem wydawnictwa „Therapia Nova“ ukaże się

# Krótki rys Współczesnej Organoterapji

ułożony przez

**D-ra med. S. Kramsztyka**

z przedmową

**Docenta D-ra Władysława Sterlinga.**

W podręczniku tym, przeznaczonym dla lekarzy i studentów medycyny, znajdą czytelnicy możliwie zwięzłe zestawienie wyników badań na polu endokrynologji **ze szczególnem uwzględnieniem wytycznych dla lecznictwa.**

Podręcznik ten, **pierwszy w języku polskim,** będzie odzwierciadleniem danej gałęzi wiedzy lekarskiej, przytem doprowadzony w dziedzinie badań do ostatnich miesięcy, został zaopatrzony w kilkadziesiąt rycin, wyobrażających najbardziej charakterystyczne zmiany chorobowe, wywołane zaburzeniami gruczołów dokrewnych.

№ 11. WARSZAWA, LISTOPAD 1932 ROK IV

# THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał Dr. JAN POLAK (Łódź).

## O LECZENIU ISCHIASU.

### *Istota i etjologja ischiasu.*

Przez ischias — rwę kulszową — rozumiemy schorzenie nerwu kulszowego. Zarówno o charakterze nerwobólu (neuralgja) jak i zapalenia nerwu (neuritis).

Polska nazwa „rwa" pochodzi od występujących przy niej bólów rwących.

Nerw kulszowy (n. ischiadicus) pochodzi z czterech górnych odnóg splotu krzyżowego, a więc $L_5$, $S_1$ $S_2$ i $S_3$ i biegnie przez foramen ischiadicum między trochanter major a tuber ossis ischii na tylną powierzchnię uda i pod kolanem dzieli się na nervus peroneus communis i n. tibialis.

Ischias jest najczęstszą neuralgją spotykaną o wiele częściej u mężczyzn niż u kobiet. Przyczyną neuralgji jest podrażnienie nerwu czy to na tle infekcyjnem, toksycznem, naczyniowem, mechanicznem, statycznem (np. często u dentystów wskutek przeciążenia jednej nogi przy staniu).

Przyczyną neurytu kulszowego są przeważnie czynniki uciskowe: jak złamania, artrozy dolnych części kręgosłupa lub zmiany wrodzone: 1) spina bifida, 2) sakralizacja V. kręgu lędźwiowego, przy której wyrostek poprzeczny V. kręgu lędźwiowego zlewa się z kością krzyżową, co może powodować podrażnienie nerwu $L_5$, 3) lumbalizacja górnego kręgu krzyżowego, przyczem wyrostek poprzeczny częściowo tylko zro-

śnięty jest z kością krzyżową, co przez swoją ruchomość może dawać objawy podrażnieniowe. Anatomo-patologicznie ischias polega na zmianach w peri, endoneurium i zmianach naczyniowych nerwu. Różnice między neuralgją i neurytem są raczej charakteru ilościowego niż jakościowego.

Osłabienie względnie zniesienie odruchu Achillesa, zaburzenia czucia, zanik mięśni są dowodem neurytu w odróżnieniu od neuralgji.

Natomiast zniesienie odruchu kolanowego nie pochodzi od ischiasu lecz jest dowodem schorzenia n. udowego (n. femoralis) jako jednej z gałązek splotu lędźwiowego, dającego bóle na przedniej powierzchni uda oraz na przedniej wewnętrznej powierzchni podudzia i stopy aż do palucha. Schorzenia gałązek splotu lędźwiowego bywają często mylone z ischiasem przyczem najczęstszą ich formą obok neuralgji czy neuritis cruralis jest tak zwana neuralgja paraesthetica t. j. schorzenie n. cutaneus femoris externus wywołująca bóle i parestezje na zewnętrznej powierzchni uda. Nasilenia tego bólu zjawiają się przy staniu i chodzeniu Schorzenie to spotyka się najczęściej u mężczyzn w wieku średnim i jest bardzo uporczywe.

Pozatym należy tu wspomnieć o bólach promieniujących od części lędźwiowo-krzyżowej kręgosłupa do jąder i podbrzusza, które pochodzą od gałązek splotu lędźwiowego (n. iliohypogastricus). Ischias jako schorzenie pierwotne zostało zaliczone przez Międzynarodową Ligę Przeciwreumatyczną do grupy schorzeń reumatycznych, co zresztą daje różnorodne dane etjologiczne.

Dla racjonalnego leczenia rwy kulszowej należy wykluczyć wszystkie schorzenia, przy których ischias jest tylko zjawiskiem wtórnym jak np: zatrucie alkoholem, ołowiem, tlenkiem węgla, cukrzyca, guzy, przepukliny kulszowe, lub zmiany zapalne narządów miednicy małej, guzy lub zmiany zapalne kręgów, schorzenia artic. sacroiliaca, nad którym przebiega splot krzyżowy.

Wreszcie należy wykluczyć schorzenia mające niektóre podobne objawy jak reumatyzm mięśniowy, coxitis, tabes, płaskie stopy i t. d.

### *Metody leczenia.*

Celem niniejszego artykułu jest omówienie niektórych stosunkowo mało u nas stosowanych metod leczenia rwy kulszowej pierwotnej, gdyż dla wtórnej leczenie zależne jest w pierwszym rzędzie od cierpienia zasadniczego. Leczenie ischiasu ze względu na dłuższą niezdolność do pracy ma specjalne znaczenie dla Kas Chorych.

Przedewszystkiem przy zbieraniu anamnezy u chorych na ischias bardzo często stwierdza się skargi na bóle przemijające krzyża, rąk, nóg i t. d. co przemawiałoby za podłożem reumatycznem.

### *Leczenie w okresie ostrym.*

Początek ischiasu przeważnie bywa ostry i wówczas chorego należy położyć do łóżka na 1—2 tygodnie, zastosować środki napotne i przeciwbólowe (jak aspiryna, pyramidon, salicylany i ich pochodne). Środki te jednak często zawodzą. Dobre natomiast usługi oddają opakowania siarkowe, które wykonuje się w sposób następujący: całą kończynę z częścią krzyżowo-lędźwiową owija się szczelnie prześcieradłem posypanym kwiatem siarkowym, potym przykrywa się pacjenta kocem, daje się pić gorącego naparu z kwiatów lipowych i wówczas poci się cały chory, a specjalnie chora kończyna znajduje się w parze siarkowej.

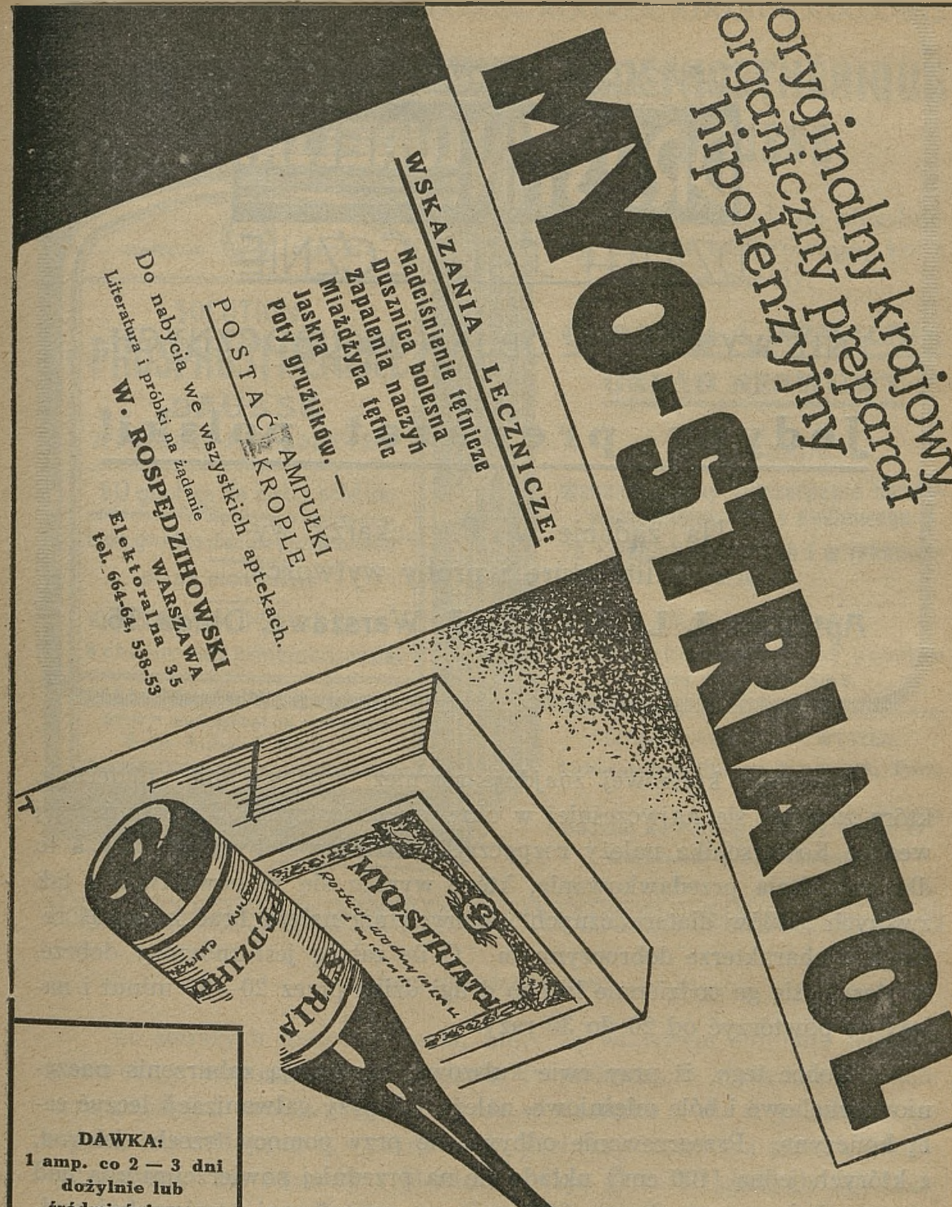
W okresie ostrym silne ciepło jak również inne zabiegi fizykalne naogół częściej szkodzą niż pomagają; chorzy znoszą jedynie b. łagodne ciepło np: poduszkę elektryczną nastawioną na Nr. 1 lub kąpiele żarówkowe od 20° później do 30°.

Po jednym — dwuch tygodniach można rozpocząć leczenie fizykalne galwanizacją, diatermją, ciepłem, arsonwalizacją, lampą kwarco-

wą oraz leczenie bodźcowe. Odrębny i specjalny dział stanowi balneoterapja, którą należy stosować po przejściu ostrych objawów najlepiej w odpowiednich kąpieliskach jak: Busk, Solec, Ciechocinek, Inowrocław, Iwonicz i wiele innych.

*Leczenie terapją fizykalną.*

Leczenie fizykalne stosowane jest od dawna i przedewszystkiem zastosowanie znajduje tu galwanizacja. O ile dawniej stosowano galwanizację punktów bolesnych względnie małemi elektrodami, to ostatnio Kowarschik poleca dwie duże elektrody, mianowicie płyty cynkowe 0,5 mm grubości o powierzchni 150 cm², pod które podkłada się kilkakrotnie złożoną flanelę przepojoną ciepłym roztworem płynu fizjologicznego. Jedną dużą elektrodę kładzie się na pośladek, drugą na podudzie, przyczem zamiast tej drugiej elektrody można użyć kąpieli wodnej w porcelanowej wanience. Przy tych elektrodach działanie anody i katody jest jednakowe, powodując równomierną galwanizację całej chorej kończyny. Należy tu stosować prądy silne od 10 do 150 M. A. przez 20—30 minut. Działanie galwanizacji polega na zmianach osmotycznych i chemicznych, zależnych od wędrówki jonów.


oryginalny krajowy
organiczny preparat
hipotenzyjny
MYO-STRIATOL
WSKAZANIA LECZNICZE:
Nadciśnienie tętnicze
Dusznica bolesna
Zapalenia naczyń
Miażdżyca tętnic
Jaskra
Poty gruźlików. —
POSTAĆ: AMPUŁKI
KROPLE
Do nabycia we wszystkich aptekach.
Literatura i próbki na żądanie
W. ROSPĘDZIHOWSKI
WARSZAWA
Elektoralna 35
tel. 664-64, 538-53
DAWKA:
1 amp. co 2 — 3 dni
dożylnie lub
śródmięśniowo.
Cena:
pud. 5 amp. zł. 10.—
„ 2 „ „ 4.20
Krople-flakon 6.—

Przy rwie kulszowej znajduje również zastosowanie diatermja, którą zaczyna się najwcześniej w okresie podostrym. Stosowanie jej według Kowarschika należy rozpocząć od bardzo słabych prądów a to dla uniknięcia przedawkowania, które wyraża się w powstawaniu tak zwanych „bólów diatermicznych", których nie należy brać za jakąś reakcję o charakterze dobroczynnym. O ile zabieg jest znoszony dobrze, to stosuje się go codziennie lub co drugi dzień przez 20—30 minut i należy go powtórzyć od 20 do 30 razy.

Wobec tego, iż przy rwie kulszowej występują zaburzenia naczyniowo-ruchowe i bóle mięśniowe, należy jak przy galwanizacji leczyć całą kończynę. Przegrzewanie odbywa się przy pomocy trzech elektrod, z których jedną (400 $cm^2$) układa się na przedniej powierzchni uda nad stawem kolanowym, drugą (200 $cm^2$) na zewnętrznej powierzchni podudzia, a trzecią (300 $cm^2$) pod siedzeniem. Ostatnie dwie elektrody wychodzą z jednego bieguna za pośrednictwem rozgałęzionego kabla. Przy bólach ściśle zlokalizowanych stosuje się diatermję miejscową. Diatermja jednak dość często bywa źle znoszona i nieraz po 2—3 seansach należy ją przerwać.

Arsonwalizacja dwu lub jednobiegunowa daje czasem dobre rezultaty, wymaga również większej ilości zabiegów.

*Leczenie bodźcowe.*

Ze starszych metod leczenia, które są właściwie odmianą leczenia bodźcowego wspomnę o przyżeganiu Paquelinem, o wcieraniu rozcieńczonego olejku krotonowego w oliwie w stosunku 1 do 4, w miejsca po ciętych bańkach oraz o wywoływaniu pęcherzy zapomocą plastra kantarydynowego. Dr. Messing z Meranu podaje, iż u 31 chorych (25 mężczyzn i 6 kobiet) na ischias po zastosowaniu plastra kantarydynowego w ciągu 24 godzin ustąpiły lub zmniejszyły się bóle i dalej nastąpiło wyleczenie.

Na miejsce bolesne kładzie się w kierunku przebiegu nerwu Emplastrum vesicatum d'Albespeyers wielkości 5×15 cm ściśle do skóry.

Chory leży przez noc na zdrowej stronie do następnego dnia zrana. Przez ten czas tworzy się pęcherz wypełniony płynem surowiczym, który nakłuwa się, opróżnia i nakłada opatrunek aseptyczny na osiem dni.

Jednym również ze starych lecz zmodyfikowanych środków jest jad pszczół w postaci zastrzyków.

W lecznictwie ludowym zwłaszcza wśród chłopów polecane jest przy bólach rąk lub nóg wsadzenie chorej kończyny do ula z pszczołami. Wówczas cała kończyna zostaje pokąsana przez pszczoły i tworzy się cały szereg bolesnych i czerwonych bąbli. Wkrótce potym bóle się znacznie zmniejszają. To stare doświadczenie ludowe wykorzystano dla sztucznego wywołania ukąszeń pszczół zapomocą zastrzyków doskórnych z ich wyciągów.

Preparaty te są u nas niedopuszczone do handlu. Dostałem jednak kilka pudełek od niedoszłego przedstawiciela na Polskę i zastosowałem je między innemi w 2 przypadkach ischiasu. Rezultaty osiągnięte przez lekarzy niemieckich przy rwie kulszowej są naogół dobre, jedynie technika jest bardzo uciążliwa, gdyż na każdym seansie, których jest od 6 do 12, robi sie stopniowo od 2 do 14 zastrzyków doskórnych, które są dość bolesne. Metoda ta wymaga dużej cierpliwości ze strony pacjenta i lekarza i dlatego nie jest zagranicą zbyt szeroko stosowaną.

O wiele prostszą i tańszą i w rezultatach nie gorszą metodę stanowią zastrzyki mrówczane.

Zastrzyki te poraz pierwszy wprowadził Dr. Edward Krull przed 50 laty jako środek na gruźlicę. Zastrzyki mrówczane, mając działanie bodźcowe, zawiodły jako środek przeciwgruźliczy i zostały jako takie zarzucone. W czasie leczenia gruźlików tymi zastrzykami okazało się, iż u tych chorych poprawiały się inne dolegliwości jak bóle reumatyczne stawowe, mięśniowe, bóle neuralgiczne i t. d. i obecnie zastrzyki mrówczane są głównie stosowane w tych sprawach.

Rozcieńczenia stosowane przez ś. p. Dr. Krulla, obecnie przez jego zięcia Dr. Knieffa, który specjalnie dla pacjentów z Polski przyjeżdża raz na trzy miesiące do Gdańska, wahały się w granicach 0,01% do 0,015% w ilościach od 0,2 do 2 $cm^3$.

Doświadczenie innych lekarzy z temi dawkami wykazało, iż dla wielu organizmów i dla niektórych schorzeń dawki te są zbyt silne i wywołują aczkolwiek mijające lecz długie i bolesne reakcje.

Dawkowanie zastrzyków mrówczanych jest kwestją mocno indywidualną, przyczem w wypadkach ostrych stosuje się dawki większe, w przypadkach przewlekłych mniejsze. Zastrzyki mrówczane różnią się znacznie od innych zastrzyków bodźcowych np: proteinoterapji, gdyż nie wywołują szybkiej ani gwałtownej ogólnej reakcji. Początkowy okres utajenia trwa od kilku godzin do kilku tygodni co przypomina działanie radu. Reakcja bywa zwykle tylko ogniskowa, okres jej trwania ciągnie się od 2—3 dni do kilku tygodni, co już jest objawem mocno niepożądanym.

Wreszcie następuje okres poprawy, trwający od 10 dni do kilku tygodni.

Dawki, stosowane przez Dr. Knieffa, mają nieraz długi okres utajenia i długo przykrą reakcję. Z tego też względu lekarze niemieccy, francuscy i włoscy (Clement, Bardet, Zimmer, Bier, Piccinimirmi) zaczęli stosować słabsze rozcieńczenia od 1:10.000 do 1 miljona nawet biljona przy jednoczesnym skróceniu czasu przerwy między zastrzykami w przypadkach ostrych do kilku dni, w przewlekłych 2—4 tygodni, zamiast 3 miesięcy przerwy stosowanych przez Dr Kniepfa.

Sam stosuję zastrzyki mrówczane od 4 lat między innemi i przy rwie kulszowej.

Wyciąg przygatawia się najlepiej z formica rufa, którego głównym lecz nie jedynym składnikiem jest kwas mrówkowy. Wyciąg 1:1000 jest względnie trwały i ma własności bakterjobójcze. Z tego wyciągu przygatawiam świeże roztwory wodne rozcieńczając dziesięcio do tysiąckrotnie.

Rozcieńczenia większe są mało trwałe i przy ich przechowaniu należy co pewien czas kontrolować stopień kwasoty zwłaszcza przy szkle niezupełnie obojętnym.

Zastrzyki można stosować podskórnie, doskórnie, domięśniowo i dożylnie.

Zastrzyki dożylne w tych samych dawkach wywołują krótszy okres utajenia, krótszą i łagodniejszą reakcję ogniskową przy tej samej fazie dodatniej.

Przy rwie kulszowej w okresie ostrym stosuję w odstępach 4—7 dniowych zastrzyki podskórne od 0,2 do 0,5 wyżej wymienionych rozcieńczeń lub dożylnie od 0,5 do 1,0; w okresie podostrym lub przewlekłym odstępy trwają od 2 do 4 tygodni. W przypadkach przewlekłych u ludzi pozatym mocnych stosuję dawki używane przez Dr. Knieffa, przyczem były wypadki, iż wyleczenie nastąpiło po jednym zastrzyku, następne zastrzyki po dłuższej przerwie (2—3 miesięcy) miały raczej charakter profilaktyczny.

Rezultaty osiągnięte przezemnie przy rwie kulszowej pierwotne zapomocą zastrzyków mrówczanych w kilkudziesięciu przypadkach były bardzo dobre, gdyż prawie we wszystkich przypadkach świeżych wyleczenie nastąpiło w okresie 3—6 tygodni, w przypadkach przewlekłych i zadawnionych od 4 do 12 tygodni. Przeciwwskazaniem do stosowania zastrzyków mrówczanych są te wszystkie schorzenia, które są przeciwwskazaniem dla leczenia bodźcowego, jak: gruźlica płuc, niewyrównane wady serca, wyniszczenie i t. d. Rzeczą najważniejszą przy zastrzykach mrówczanych jest ocena danego organizmu w stosunku na bodźce w ogólności, a na bodziec mrówczany w szczególności. I tak ludzie ze skazą dnawą lub wyczerpani fizycznie lub nerwowo będą reagować na te same dawki wielokrotnie silniej niż ludzie naogół zdrowi.

Przy braku widocznej reakcji i poprawy dawkę należy zwiększyć; przy zbyt silnej reakcji należy ją przeczekać i następną dawkę przynajmniej dziesięciokrotnie zmniejszyć. O ile po 3—4 zastrzykach niema poprawy, wówczas leczenie dalsze najpewniej efektu już nie odniesie.

W czasie przeprowadzania zastrzyków mrówczanych nie należy stosować innego leczenia bodźcowego. Antipyretica i antineuralgica osłabiają działanie kuracji mrówczanej, jedynie poleca się równoczesne stosowanie galwanizacji względnie diatermji lub arsonwalizacji.

Odmianę leczenia bodźcowego stanowi naświetlanie lampą kwarcową dawką rumieniową, wprowadzoną poraz pierwszy w celach leczniczych przez prof. Brusteina.

Naświetlał on poszczególne punkty bolesne lampą kwarcową przez 1—2 minuty z odległości 5—7 cm, potym przedłużał czas do 4—6 minut. Aczkolwiek rezultaty osiągnięte były dobre — metoda ta została zapomniana na korzyść innych metod.

Bach poleca stosowanie małych dawek w formach przewlekłych, w postaciach ostrych obserwował on, iż nieraz po jednej dawce rumieniowej bóle ustępowały.

Metodę powyższą sprawdził i dokładnie opracował w 940 przypad-

PREPARAT
POLSKI

kach Dr Lepsky, kierownik Instytutu Fizykalnej Terapji II Szpitala Miejskiego w Moskwie.

Przy rwie kulszowej naświetla on z odległości 40—50 cm przez 5—6 minut pole kwadrowe wielkości 60—100 $cm^2$, którego górny bok sięga wysokości kręgu $L_1$—$L_2$, dolny $S_2$—$S_3$; granice boczne biegną równolegle do kręgosłupa w odległości 4—5 cm. Drugie pole kwadratowe znajduje się na tylnej powierzchni uda przyczem górna granica biegnie pośrodku pośladka, dolna na granicy między trzecią częścią górną i środkową, trzecie pole umieszcza się na łydce, czasem korzysta się z naświetlania kostki zewnętrznej i podeszwy. Uzyskanie rumienia zależy od wielu czynników:

1) od wieku palnika — im jest młodszy, tym łatwiej powstaje rumień.

2) od właściwości skóry np: blondyni naświetlają się łatwiej; skóra uda naświetla się szybciej niż podudzia. Dla wywołania rumienia na udzie przeciętnie wystarcza 6 minut, na podudziu 8 minut. Dla zwiększenia wrażliwości skóry na promienie pozafijołkowe można bezpośrednio przed naświetlaniem stosować promienie cieplne lub wcierać szare mydło.

Rumień może posiadać różne odcienie. Własności lecznicze posiada rumień o brzegach ostro ograniczonych i barwie żywo-czerwonej. O ile rumień jest czerwono-siny lub ciemno-siny, oznacza wówczas przedawkowanie i ma albo bardzo słabe działanie lecznicze albo wręcz może działać ujemnie. Rumień jasno różowy oznacza zbyt słabą dawkę. Następne naświetlanie stosuje się po zupełnym ustąpieniu rumienia.

Dla otrzymania odpowiedniej dawki rumieniowej stosuje się metodę biologiczną Dahlfelda. Polega ona na tem, iż na danej powierzchni skóry zasłoniętej odsłania się sześć wąskich pasków ¼ cm szerokości oddzielonych od siebie zasłoną. Paski te z odległości 40 — 50 cm naświetla się lampą kwarcową kolejno 1, 2, 3, 4, 5 i 6 minut.

Po 5—6 najpóźniej 24 godzinach obserwuje się rumień i wybiera się pasek o kolorze żywo czerwonym — stosując potym odległość i czas tego rumienia dla leczniczej dawki rumieniowej dla danego organizmu.

Nieraz już po pierwszej dawce rumieniowej, jak to miałem możność obserwować, bóle znacznie zmniejszają się, a po kilku—chory staje się znowu zdolny do pracy. Lepsky podaje, iż na 832 ostrych, podostrych i chronicznych neuralgji kulszowej osiągnął wyleczenie w 68%, w 25% znaczną poprawę, a 7% — bez efektu. Z tych ostatnich niektóre okazały się rwą wtórną a nie pierwotną.

Ze 108 przypadków neurytu kulszowego w 40% — wyleczenie w 40% — poprawa i w 20% — bez poprawy. Z tego wynika, iż neuryty opierają się znacznie więcej działaniu promieni pozafijołkowych. O ile

przy neuralgji leczenie trwa od 2 do 5 tygodni, to przy neurytach nieraz do 6 miesięcy.

Leczenie bodźcowe lampą kwarcową ma zastosowanie również i przy innych neuralgjach jak: brachialgji, neuralgja n. trigemini, n. intercost i t. d.

Wobec bardzo przekonywującej statystyki Lepsky'ego należy zastanowić się nad samą istotą dawki rumieniowej lampy kwarcowej.

Rumień od promieni pozafijołkowych może powstać dzięki trzem czynnikom:

1) podrażnieniu komórkowym i tkankowym,
2) podrażnieniu naczyń włosowatych,
3) podrażnieniu nerwów.

Działanie na komórki polega na tworzeniu się t. zwanych H (histaminowych) substancji, na zmianach kolloidalnych i przesunięciu jonów. Naczynia włosowate ulegają pod wpływem promieni pozafijołkowych bezpośrednio i pośrednio (na drodze odruchowej) rozszerzeniu.

Działanie na nerwy polega na zmniejszeniu wrażliwości włókien czuciowych, co za pośrednictwem substancji szarej rdzenia przenosi się na układ sympatyczny, wywołując hyposympatikotonję i rozszerzenie naczyń.

Naświetlanie lampą kwarcową odpowiednią dawką rumieniową jest godne zastosowania ze względu na taniość i łatwość stosowania oraz na szybkie efekty, co zwłaszcza winno być wzięte pod uwagę w Kasach Chorych.

## *Leczenie znieczulające.*

Dla uzyskania doraźnych efektów radzi Schulze zastrzyki ½% lub 1% roztworem nowokainy wprost do nerwu lub epiduralnie do kanału krzyżowego.

Przy rwie kulszowej wstrzykuje się od 40 do 100 cm³ ½% roztworu novokainy z dodatkiem NaCl, ogrzanego do ciepłoty ciała, zapomocą cienkiej 10—12 cm igły do nerwu. Najlepiej wstrzykiwać według Brauna w nerw tuż przy jego wyjściu z foramen ischiadicum majus, gdyż równocześnie trafia się w N. cutaneus fem. post., który często ulega schorzeniu jednocześnie z nerwem kulszowym.

Pacjent kładzie się na brzuchu lub na boku zdrowym z przykurczonemi kolanami. Nakłuwa się w miejscu przecięcia się linji poziomej na wysokości trochanter major z linją łączącą Spina iliaca posterior superior z wewnętrznym brzegiem tuber ossis ischii. Przy zastrzyku nie należy przesuwać skóry, gdyż w ten sposób można przesunąć oznaczony punkt nakłucia. Przy włożeniu igły na 7 cm zwykle już otrzymuje się typowy ból wzdłuż całego nerwu, do czego wystarczy nietylko nakłucie

nerwu lecz jego najbliższego otoczenia. Sam zastrzyk jest niebolesny o ile zastrzykuje się powoli metodą Schleicha. Przy dojściu do właściwego miejsca wstrzykuje się pod ciśnieniem główną ilość, uprzednio skontrolowawszy czy igła nie siedzi w żyle. Zastrzyki te mają szybki lecz przejściowy efekt i czasem należy je powtarzać co 2—4 dzień aż do ustąpienia bólów. Zastrzykiwanie według Langego 100 $cm^3$ roztworu soli fizjologicznej do nerwu, jak miałem możność obserwacji u 3 chorych, wywołuje z początku znaczne zwiększenie bólów.

O ile zastrzykiwanie novokainy do nerwu nie pomaga, wówczas mamy przeważnie do czynienia ze sprawą korzonkową (radiculitis ischiadica), co może być rozpoznane na podstawie badania płynu mózgowordzeniowego (limfocytoza, zwiększona ilość białka).

W tych przypadkach stosuje się zastrzyki epiduralne 20 $cm^3$ 1% roztworu novokainy. Technika tego zabiegu jest następująca: Ułożenie

pacjenta kolanowo-łokciowe lub boczne. Dezynfekcja skóry jodyną i wstrzykiwanie powolne metodą Schleicha novokainy do kanału krzyżowego, który znajduje się między łatwo wyczuwalnemi cornua sacralia. Nakłucie odbywa się zapomocą igły długości 8—10 cm, przyczem do kanału krzyżowego wprowadza się igłą 5—6 cm i po sprawdzeniu czy igła nie jest w żyle powoli wstrzykuje się novokainę. O ile przy wprowadzeniu igły napotyka się na opór wówczas nie należy iść już dalej.

Z własnej praktyki przytoczę dwa cięższe przypadki:

1) W styczniu 1929 r. zgłosił się do mnie pacjent J. J. lat 30, z zawodu biuralista. Od 7 miesięcy choruje na rwę kulszową lewostronną ze skoliozą znacznego stopnia, która przy dłuższym leżeniu zmniejsza się, przy chodzeniu i staniu zwiększa się.

Chory był latem w Busku, poczym nastąpiła tylko nieznaczna poprawa. Mimo bólów pacjent chodzi i pracuje w obawie utraty pracy.

W styczniu i lutym 1929 r. chory otrzymał 8 zastrzyków siarki, poczym nastąpiło nieznaczne zmniejszenie bólów i skoliozy. Kuracja latem 1930 r. w Busku przyniosła nieznaczny efekt. W październiku 1930 r. pacjent otrzymał odemnie w zastrzyku w pośladek 1 $cm^3$ 0,015% roztworu mrówczanego. Po dwuch tygodniach znaczne zmniejszenie bólów i skoliozy.

W styczniu 1931 r. drugi zastrzyk jak wyżej. W 3 tygodnie potym zjawiły się bóle o charakterze ischiasu lecz w kończynie prawej. Bóle te trwały dwa tygodnie, poczym zupełnie ustąpiły. W kwietniu 1931 r. pacjent czuł się zupełnie dobrze, skolioza się wyrównała. Otrzymał on jeszcze dwa zastrzyki mrówczane lecz już znacznie słabsze. Muszę nadmienić; iż poza zastrzykami pacjent innego leczenia nie otrzymywał.

2) W. Z. lat 50, właściciel pralni zgłosił się do mnie 13.II. 1932 r. Zachorował na ischias lewostronny przed 10 miesiącami; leżał w okresie ostrym przez 3 miesiące, poczym pojechał do Ciechocinka, po którym miał przez trzy miesiące znaczną poprawę. Od trzech miesięcy szalone bóle w dzień i w nocy, chory po nocach nie sypia; co się odbiło na jego

zdolności do pracy. Leczony był głównie narkotykami, na które jak obliczył, wydał ponad dwa tysiące złotych.

Przed trzydziestu laty L. Poza nieznacznemi zaburzeniami w oddawaniu moczu brak zmian wskazujących na przebytą infekcję.

Jak chory podaje, lekarz jego odradzał mu leczenie elektrycznością jako niebezpieczne.

Mimo tych uwag chory wskutek dokuczliwych i potęgujących się bólów zgłosił się do mnie.

Przedewszystkiem odstawiłem narkotyki, które już nie przynosiły mu początkowo doznawanej ulgi. Następnie chory otrzymał zastrzyk 0,2 $cm^3$ roztworu mrówczanego. Z zabiegów fizykalnych — prąd wysokiego napięcia i frekwencji, lampą łukową Helium i galwanizację. Już po trzech dniach bóle zmniejszyły się i chory odzyskał sen; po trzech tygodniach bóle były b. słabe, a po 6 tygodniach ustąpiły zupełnie. Pacjent do dziś dnia czuje się dobrze. Chory obok zastrzyków mrówczanych, których otrzymał trzy, pobrał 12 injekcji Quinby.

---

Dr. N. SZYK (Warszawa).

## SYMPTOMATOLOGJA HEMATOLOGICZNA NIEDOMOGI SZPIKU KOSTNEGO.

Głównym objawem niemal wszystkich chorób krwi jest t. zw. regeneracja narządów krwiotwórczych — szpiku kostnego lub gruczołów chłonnych. Regeneracja polega na bujaniu tkanek krwiotwórczych, wskutek czego we krwi owbodowej zjawiają się nadmierne ilości ciałek krwi lub też ich postaci młode, niedojrzałe, których we krwi prawidłowej niema. W przypadkach znacznego ilościowego zmniejszenia elementów komórkowych krwi, mogą również występować we krwi obwo-

dowej postaci młode, niedojrzałe. Wiadomem jest, że np. przy niedokrwistości złośliwej ilość czerwonych i białych ciałek bardzo znacznie się zmniejsza, jednak we krwi występują postaci młode, które normalnie pozostają w szpiku kostnym i do krwi obwodowej nie przechodzą.

Wiadomem jest również, iż elementy komórkowe we krwi krążącej są czwartą lub piątą generacją komórek szpiku kostnego.

Ukazanie się tych poprzednich generacji we krwi, świadczy o odczynie regeneracyjnym. Postaci młode mogą być typu pozazarodkowego lub typu zarodkowego.

Czasami regeneracja jest związana z powrotem do stosunków zarodkowych. („Rückschlag des Blutlebens in den embryonalen Zustand" — *Ehrlich).*

Dokładne zrozumienie patologicznego obrazu krwi wymaga szczegółowej znajomości procesu tworzenia krwi (haematopoesis) w życiu zarodkowem i pozazarodkowem. Omówienie tych spraw przekraczałoby ramy niniejszego artykułu, jednak musimy zwrócić uwagę na niektóre szczegóły.

Młodocianemi postaciami krwinek, których obecność w obiegu krwi świadczy o regeneracji szpiku, są między innemi krwinki jądrzaste (erytroblasty), krwinki z ziarnistością, krwinki o odmiennej wielkości (anizocytoza) i duże jądrzaste krwinki t. zw. megaloblasty. Krwinki jądrzaste (normoblasty) — jest to generacja poprzednia względem krwinek prawidłowych pozbawionych jądra. Krwinki z ziarnistością przy barwieniu zasadowemi barwikami wykazują ziarnistość, pochodzącą od pierwotnej zarodzi krwinki. Krwinki polychromatyczne — są to krwinki, u których przy barwieniu met. Gemzy występuje niejednolity zamazany fioletowy kolor. Jest to odmienna właściwość barwienia się — polychromazja, której przeciwstawieniem jest orthochromazja — czyli barwienie się na kolor jednolity. Wreszcie krwinki mogą być pod względem wielkości większe lub mniejsze od krwinek normalnych (anizocytoza). Postacią zarodkową i najwcześniejszą generacją krwinek czerwonych są t. zw. megaloblasty.

Są to duże komórki z luźnem siateczkowatem jądrem i zarodzią zasadochłonną. Występują normalnie tylko w życiu zarodkowym. Bardzo często występują przy niedokrwistości złośliwej.

Jeśli chodzi o ciałka białe, to generacją poprzednią względem leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych są myelocyty obojętnochłonne. Są to komórki normalnie występujące w szpiku — większe od neutrofilów o dużym, jednym, okrągłym, bladym jądrze i obfitej cienkiej ziarnistości. Komórki te występują przedewszystkiem w białaczce szpikowej we krwi. Wszystkie białe ciałka krwi czy to prawidłowe czy

też postacie młode, posiadające ziarnistość w zarodzi, obejmujemy nazwą granulocytów.

Pojęcie regeneracji szpiku występuje na pierwszy plan w hematologji klasycznej, natomiast w mniejszym stopniu opracowane jest pojęcie niedomogi szpiku. Wprawdzie *Ehrlich* wprowadził pojęcie anaemia aplastica, którą uważa za odmianę niedokrwistości złośliwej. Nazwa anaemia aplastica wskazuje, iż chodzi tu o brak wszelkich zdolności krwiotwórczych szpiku, a więc sprawa ta charakteryzuje się zupełnym brakiem odczynu regeneracyjnego w szpiku. Wskutek tego niema we krwi tych wszystkich wyżej wymienionych postaci młodych elementów komórkowych. Występuje jedynie bardzo znaczne zmniejszenie białych i czerwonych ciałek, dochodzące prawie do 1/5 normalnej ilości. Anaemia aplastica jest klasycznym przykładem niedomogi szpiku, które jest przeciwstawieniem regeneracji szpiku. *Morawitz i Seyfarth* zaliczają anaemia aplastica do niedokrwistości wtórnych, natomiast szkoła francuska widzi w anaemia aplastica formę uboczną anaemia perniciosa.

Według *M. Aubertin'a* (Gazette médicale de France 1-er octobre 1932) badanie niedomogi szpiku ograniczone było od kilku lat wyłącznie do badania anaemia aplastica. Dopiero najnowsze prace rozszerzyły pojęcie niedomogi szpiku i wskazały, iż należy odróżniać 3 postaci: 1) niedomoga szpiku erythrocytarna (dotycząca procesu tworzenia krwinek) 2) niedomoga leukocytarna (dotycząca białych krwinek) 3) niedomoga szpiku całkowita.

1) Niedomoga erytrocytarna szpiku objawia się anemją aplastyczną, (oczywiście w tym wypadku użyjemy wyrazu „Anemja aplastyczna" li tylko w sensie objawowym). Występuje u osobników młodych, a mianowicie w wieku młodzieńczym. Chorzy mają zawsze bladość powłok. Ma się wrażenie, iż chodzi tu o schorzenie, rozwijające się powolnie i bez wstrząsu. Objawy nie są wyraźne, dopóki aplazja nie osiąga pewnego stopnia. Hematologicznie ta postać aplazji uwydatnia się przez postępujące i regularne zmniejszenie ilościowe krwinek, dochodzące do skrajnej hypoglobulji bez objawów odczynu regeneracyjnego, (brak krwinek jądrzastych, krwinek z ziarnistością, niema krwinek polychro-

matycznych, brak również anizocytozy). Liczba leukocytów spada poniżej 4000, poziom neutrofilów poniżej 30%. Eozynofile i myelocyty są nieobecne.

Klinicznie jest to postępująca niedokrwistość zupełnie w czystej postaci. Występuje utrata sił bez wychudnięcia, bez wyraźnych zaburzeń trawiennych. Wszelkie leczenie tu zawodzi, rozumie się, że i terapia, posługująca się podawaniem wątroby, nie osiąga skutku.

2) Niedomoga szpikowa leukocytarna objawia się agranulocytozą (brak we krwi białych krwinek z ziarnistością). Jest to schorzenie ostre, przy którem w ciągu kilku tygodni, a nawet kilku dni, ilość neutrofilów spada do takiej niskiej liczby, iż wyklucza to odporność przeciw istniejącej ostrej infekcji.

Pochodzenie agranulocytozy jest bezsprzecznie zakaźne poza przypadkami, gdzie ono jest spowodowane zatruciem chemicznem. Hematologicznie stwierdza się nadmierną leukopenję (bardzo często poniżej 500 leukocytów w milimetrze sześciennym) i spadek neutrofilów do poziomu, który dąży do 0.

Klinicznie ten brak ziarnistych postaci białych ciałek pociąga za sobą wyjątkową złośliwość zakażenia, które w innych warunkach prawdopodobnie przebiegałoby bez powikłań. Występuje wysoka gorączka, żółtaczka, owrzodzenia zgorzelinowe błon śluzowych i śmierć w ciągu kilku dni.

3) *Całkowita niedomoga szpiku* jest spowodowana zatruciem benzolem i neosalvarsanem, rzadziej zakażeniem ostrem.

Hematologicznie to schorzenie szpiku kostnego objawia się ciężką niedokrwistością, nasilon, często o przebiegu podostrym i przy którym liczba krwinek spada poniżej 1 miljona. Oznak regeneracji niema, lecz index hemoglobiny pozostaje w granicach normy. Ze strony białych ciałek skrajna leukopenja o szybkim przebiegu, mająca wszystkie cechy wymienione przy agranulocytozie. Wreszcie występuje małopłytkowość, ilość płytek spada poniżej 50.000 i nawet 20.000 czyli do 1/10 normalnej ilości. Krzepnienie jest opóźnione, brak kurczliwości skrzepu, czas krwawienia znacznie wydłużony.

Klinicznie zwracają na siebie uwagę objawy skazy krwotocznej (wybroczyny, krwiaki, krwotoki). Chodzi tu również o objawy wynikające ze stosunku do agranulocytozy (owrzodzenia śluzówek, wysoka gorączka, upadek sił). Niedokrwistość towarzysząca jest najwyższego stopnia i przekracza znacznie ilość krwi utraconej. Zejście śmiertelne jest nieuchronne.

Streszczając zasadnicze cechy tych trzech postaci, wymienimy jako znamiona główne: dla niedomogi szpikowej erytroblastycznej — czystą niedokrwistość postępującą, dla niedomogi leukoblastycznej — agranulocytozę, dla całkowitej zaś niedomogi — upośledzenie obu układów

i małopłytkowość, a w następstwie ciężkie objawy krwotoczne, które nawarstwiają się na obraz kliniczny agranulocytozy.

Leczenie niedomogi szpikowej polega, prócz leczenia przeciwzakaźnego swoistego lub nieswoistego, gdy niedomoga jest pochodzenia zakaźnego i prócz zwalczania przyczyn etjologji toksycznej, także na pobudzeniu czynności szpiku przez napromieniowanie (Roentgen w dawkach pobudzających stosowany na poziomie nasad kości długich i na kościach płaskich), na wstrzykiwaniach nukleinianu sodu, zastrzykach białka, a nadewszystko na przetaczaniu krwi.


Dr. MICHAŁ PEKER.


## ZNACZENIE UŻYWEK, A W SZCZEGÓLNOŚCI CZEKOLADY W DJETETYCE CHORYCH NA CUKRZYCĘ.

Kwestja podania jakichkolwiek używek choremu na cukrzycę nie jest dotychczas jeszcze przez lekarzy ani rozstrzygnięta, ani też uzgodniona.

Podczas, gdy jedni uważają wszelkie używki za szkodliwe dla djabetyka, nawet gdy chodzi o lekką postać cukrzycy, inni lekarze godzą się na podawanie używek nawet i ciężko chorym; oczywiście mowa tylko o takich używkach, które zawierają węglowodany w minimalnej ilości.

Wszelkie próby ustalenia, który z tych dwóch poglądów jest słuszniejszy, mają olbrzymie znaczenie praktyczne, szczególnie dla lekarza-praktyka, zajmującego się leczeniem cukrowo-chorych, gdyż kwestja czy zezwolić spożywać takie używki, jak naprz.: czekoladę i w jakich ilościach, stale staje przed takim lekarzem przy każdem jego zetknięciu się z chorym na cukrzycę.

Zmniejszona bowiem tolerancja węglowodanowa zmusza djabetyka do najdalej idącego ograniczenia spożycia przez niego potraw słodkich. Jednak organizm oraz przyzywyczajenie wymagają swego, to też absolutne ograniczenie słodyczy u chorego na cukrzycę wpływa nieraz ujemnie na stan psychiczny chorego i zarazem dalszy przebieg choroby.

Wszak podawane choremu środki odżywcze mają na celu nietylko dostarczenie organizmowi materjałów potrzebnych jemu do wytwarzania energji w postaci pracy i ciepła, lecz zarazem i do pobudzenia poszczególnych odcinków przewodu pokarmowego do większej sprawności. A od tej sprawności czynnościowej zależy właśnie w silnej mierze zadowolenie psychiczne chorego, które odgrywa takie doniosłe znaczenie w każdej chorobie, a tembardziej w cukrzycy.

Chory na cukrzycę, przekonany o skuteczności przepisanych mu ograniczeń djetetycznych, godzi się na ich stosowanie i to nawet na dłuższy okres czasu, ale domaga się, aby jadłospis jego zawierał także niektóre używki, do których od wielu lat przywykł. Właśnie brak tych używek może nieraz, pomimo najlepszej intencji lekarza i najwłaściwszej djety, nie dać pożądanego skutku. Dlatego też tęsknota chorego na cukrzycę za używką w postaci czekolady, lub ciasteczka, nie należy wcale uważać za zbytek, lub objaw łakomstwa; jest to bowiem naturalna potrzeba organizmu, która u niektórych ma nie mniejszą wartość. aniżeli odpowiedni dobór pokarmów.

Rozumiano to już oddawna, kiedy różni ludzie czynili starania nad wytworzeniem takich pożywek, które obok dobrego smaku zawierałyby jaknajmniej szkodliwych dla djabetyka produktów.

Największą uwagę zwrócono na sporządzenie czekolady dla djabetyków, gdyż czekolada — w przeciwieństwie do innych używek — posiada zarazem znaczną wartość odżywczą. Czekolada zawiera około 50% tłuszczu, 20% białka, 10% skrobji, od 15 do 30% węglowodanów (w zależności od gatunku). Przy sporządzeniu czekolady dla djabetyków chodzi o to, aby odsetek węglowodanów zredukować do minimum, lub nawet usunąć go zupełnie. Starano się wobec tego zastąpić cukier,

używany normalnie przy sporządzeniu czekolady, przez sacharynę. Prawda, tą drogą procent węglowodanów został znacznie zmniejszony, ale zato sama czekolada w dużym stopniu ucierpiała na smaku. Rozwiązanie swoje to zagadnienie znalazło ostatnio dzięki wprowadzeniu do lecznictwa przez prof. *Thannhausera* specjalnego rodzaju cukru, nieszkodliwego dla djabetyków, pod nazwą „S i o n o n".

Jest to biały krystaliczny proszek o słodkim smaku, wartość którego równa się wartości cukru gronowego. Otóż czekolada, sporządzona na Siononie, z jednej strony nie ustępuje w smaku zwykłej czekoladzie, a z drugiej, prawie że nie zawiera węglowodanów, gdyż Sionon, pomimo swego słodkiego smaku, odpowiada wszelkim warunkom, stawianym pożywieniu, przeznaczonem dla chorych na cukrzycę, odnośnie do przemiany węglowodanowej.

Mało tego, czekolada sporządzona na Siononie, oprócz powyższych zalet, posiada jeszcze niektóre ważne własności lecznicze. Ogłoszone bowiem w „Minerva Medica" wyniki badań Paolazzi'ego stwierdziły, że w przypadkach lekkiej i średniociężkiej cukrzycy podawanie Siononu w dawce 30 — 50 gr. zmniejsza stopniowo ilość cukru w moczu i doprowadza go, w pomyślnych przypadkach, prawie do zupełnego ustąpienia.

Dalej zauważono, że Sionon może przyczynić się do zahamowania tak często obserwowanej u chorych na cukrzycę skłonności do spadku wagi; tembardziej skuteczne będzie jego działanie w połączeniu z czekoladą, która wszak słynie ze swej pożywności.

Sionon przyjmowany w czystej postaci posiada w pewnym stopniu własności czyszczące i już w dawkach 30 — 40 gr. może powodować biegunkę; natomiast w połączeniu z czekoladą, dzięki zawartości w niej

części wiążących, działanie czyszczące Sionu ustaje całkowicie, lub w znacznym stopniu

Jak widzimy więc, połączenie Sionu z czekoladą wytwarza dla djabetyka dość szczęśliwe warunki, dzięki którym czekolada ta staje się dla niego nietylko używką, lecz, w pewnej mierze, także i środkiem leczniczym.

Z tej racji spożywanie takiej czekolady może być bez obawy zalecane choremu na cukrzycę, przy jednem jednak zastrzeżeniu, a mianowicie, zalecając czekoladę djabetykowi pamiętać trzeba, że i w stosunku do spożywanej czekolady zachować należy pewne umiarkowanie. Wiadomo wszak, że nawet człowiek zdrowy, o ile zje czekolady w nadmiarze, poczuje skutki tego, cóż dopiero człowiek chory? Dlatego też włączając do djety chorego czekoladę pamiętać trzeba, że tłuszcz, białko oraz Sionon, zawarte w tej czekoladzie, nie mogą być przez niego spożywane w dowolnej ilości, a obowiązkowo muszą być wzięte w rachubę przy obliczeniu dopuszczalnej normy ich dla danego chorego.

Błąd — i to poważny — popełniają ci, którzy przywykli czekoladę uważać za smakołyk, za nieszkodliwy dodatek do przepisanej djety. Jest to stanowczo szkodliwe rozumowanie.

U chorego na cukrzycę, szczególnie w jej cięższych postaciach, odbywa się, jak wiadomo, wadliwa przemiana nietylko węglowodanów, lecz również białka i tłuszczów. I dlatego chory taki, spożywając te ostatnie ponad dopuszczalną dla niego normę — pogarsza oczywiście tem swoją chorobę. Wina tu nie leży jednak po stronie czekolady, lecz w tem, że choremu dano wolną rękę w korzystaniu używkami, lub też, co jeszcze gorzej, że chory nie bardzo się stosuje do przepisanych norm. O ile zaś wiedzieć on będzie, że ilość spożytego w czekoladzie białka i tłuszczu powinna być wliczona do normy, jaka danemu choremu jest dozwolona, wtedy spożywanie czekolady przez chorego na cukrzycę będzie nietylko nieszkodliwe dla niego, ale raczej nawet korzystne. Oczywiście wybór używek, dozwolonych djabetykowi, winien być bardzo ostrożny i musi zawsze opierać się na dokładnych analizach tych używek, przeprowadzonych przez miarodajne i odpowiedzialne instytuty badawcze, lub laboratorja.

Dla orjentacji przypominamy, że 100 gr. dobrej czekolady dla djabetyków powinno zawierać około 20—25 gr. białka, 30—50 gr. tłuszczu, 5 — 15 gr. węglowodanów. Człowiek z lekką cukrzycą powinien na dobę spożywać mniej więcej 1.0 białka na każdy kg. wagi jego ciała; tłuszczu zaś około 1,7 — 1,9 gr. O ile, dla przykładu, weźmiemy człowieka, który waży 70 kg, to jego dzienna porcja białka równa się 70 gr, a tłuszczu 133 gr. Jeżeli taki człowiek zje dziennie 50 gr. czekolady, znaczy to, że zużył 10 — 12½ gr. białka, oraz 15 — 25 gr. tłuszczu, a więc

na inne artykuły spożywcze pozostaje mu: białka 60 — 57½ gr, tłuszczu 118 — 108 gr.

Na te 60 gr. białka przypada, naprzykład:

| | | |
|---|---|---|
| 100 gr. cielęciny | = | 24,3 gr. białka |
| 100 gr. masła | = | 1,0 „ „ |
| 100 gr. chleba razow. | = | 6,2 „ „ |
| 100 gr. sera tłustego | = | 25,0 „ „ |
| 100 gr. mleka | = | 3.4 „ „ |

razem 59,9 gr białka.

Na 120 gr. tłuszczu zaś przypada:

| | | |
|---|---|---|
| 100 gr. cielęciny | = | 1,0 gr. tłuszczu |
| 100 gr. masła | = | 87,0 „ „ |
| 100 gr. sera tłustego | = | 28,0 „ „ |
| 100 gr. mleka | = | 3,7 „ „ |
| 100 gr. chleba razow. | = | 0,3 „ „ |

razem 120 gr. tłuszczu.

Uwzględniając powyższe, stosowanie używek u chorych na cukrzycę nietylko nie powinno być kwestjonowane przez lekarzy, lecz wręcz przeciwnie, powinno ono być zachęcane przez nich, gdyż nieraz może okazać się cennym pomocniczym środkiem przy przeprowadzeniu djety, nie zawsze przypadającej do gustu chorego.

Reasumując powyższe, przychodzimy do wniosku, że:

1) używki, a szczególnie w postaci czekolady spreparowanej na Siononie, można podawać choremu na lekką i średniociężką cykrzycę,

2) dopuszczalna ilość tych pożywek winna być ściśle określona przy układaniu przez lekarzy djety, zgodnie z tolerancją ustroju chorego nietylko na węglowodany, lecz także i na białko i tłuszcze.

3) Ilość węglowodanów, białka i tłuszczu, spożytego z czekoladą, należy wliczyć do ogólnej ilości, dopuszczalnej dla danego chorego.

4) Stosować należy tylko używki pełnowartościowe o dokładnie i ściśle ustalonej zawartości chemicznej.

„ŚRODKI NASENNE I NARKOTYCZNE U CHORYCH SERCOWYCH“ przez Radcę Sanitarnego Dr. *Grassmanna* (Münch. med. Wochenschrift, 1931, Nr. 43).

„Na podstawie mojego doświadczenia należy bardzo rzadko zalecać chorym sercowym przyjmowanie soli bromowych przez czas dłuższy. Chorzy ci bowiem wpadają łatwo w stan ciągłej senności i apatji, dla nich bardzo niepożądany. Bromural natomiast okazuje się niezawodnie działającym środkiem nasennym, który można stosować u chorych sercowych przez czas dłuższy; działa on również skutecznie w stanach lękowych, występujących częstokroć co wieczór przy przewlekłej niedomodze sercowej. Można również zalecać chorym zażywanie Bromuralu i w nocy, o ile po pierwszem przebudzeniu się nie mogą na nowo zasnąć wskutek bicia serca lub uczucia niepokoju i rano wstają niewyspani z uczuciem znużenia. Przykre działanie następcze Bromuralu przy dawce powyższej (0,3 — 0,9 g = 1 — 3 tabletek Bromuralu) trwa rzadko do następnego południa.“

——:o:——

DR. EMERICH FAZEKAS, asystent uniwersytetu. *„Nowy rtęciowy lek moczopędny“*. (Arztliche Wochenschrift, Nr. 16. 1931).

Novurit — Chinoin badano na 24 przypadkach. Jego działanie moczopędne w żadnej mierze nie ustępowało innym rtęciowym lekom diuretycznym, a w niektórych przypadkach, gdzie te zawiodły, okazał swą wyższą wartość moczopędną. Zastrzykuje się go domięśniowo lub dożylnie. Po dożylnem wprowadzeniu diureza rozpoczyna się w 1½ godziny i trwa równomiernie w ciągu 10 — 16 godzin, po którym to czasie zmniejsza się stopniowo. Po domięśniowym zastrzyku działanie moczopędne ujawnia się po 3 — 4 godzinach i trwa 30 — 40 godzin. Przy 6 — 7 zastrzykach w ciągu 2 dni objawów zatrucia nie spostrzeżono.

——:o:——

GLAESER. Medizinische Klinik Nr. 15, str. 514, 1932.

Pod wpływem publikacji Crohna, próbował *Glaeser* leczyć ciężkie zatrucia dużemi dawkami Coraminy, z bardzo dobrymi rezultatami. Pobrane w zamiarach samobójczych ilości różnych środków odurzających, a mianowicie 30 tabl. luminalu à 0,3, około 120 kropel somnifenu doustnie, prócz tego śródmięśniowy zastrzyk 5—6 ampułek somnifenu à 2 ccm, 6 ampułek pernoktonu à 2 ccm, 2 ampułki luminal-natrium,

z góry stawiały jak najniekorzystniejsze horoskopy. Natychmiastowy zastrzyk coffeiny, lobeliny i 6 ccm Coraminy wywołały u nieprzytomnej całkiem kobiety, tylko powierzchowny przejściowy skutek. Po ½ godzinie zastrzyknięto ponownie 3 ampułki Coraminy à 5,5 ccm i skutek był zdumiewający. W przeciągu 3 dni chora przyszła zupełnie do siebie. Autor nie zna wypadku zatrucia tak wielką ilością pochodnych kwasu barbiturowego, któryby się nie skończył śmiercią. Specjalną uwagę zwraca na wielkie lecznicze zastosowanie Coraminy, pozwalające na dożylne podawanie wielkich dawek, a tem samem umożliwia leczenie najbardziej ciężkich wypadków zatrucia.

——:o:——

ROESSLER. *Jak wpływają opiata i hypnotica na terapję krążenia.* Sprawozdanie z posiedzenia seminaryjnego wiedeńskiego kollegjum lekarskiego z 24/X 1932 r. (Doktorenkollegium), Wiener Klinische Wochenschrift 25/XI 1932).

Morfina i papaweryna wobec stosowania tych środków w terapji wzbudzają zainteresowanie praktyczne. Doświadczenia na zwierzętach przy stosowaniu morfiny wykazały, że bezpośredni jej wpływ na krążenie w ogólnym obrazie działania ma znaczenie podrzędne. Morfina prawie nie wpływa na serce i szczególnie należy podkreślić, iż nawet dawki, które znacznie przekraczają dawki stosowane, nie wywołują uszkodzenia serca ani izolowanego, ani nienaruszonego. Na naczynia wieńcowe nie wywiera morfina przeważnie żadnego wpływu, niekiedy tylko występuje słaby efekt rozszerzający, natomiast naczynia obwodowe po dożylnym wstrzyknięciu większych dawek (u psa 1-2 mg pro kg.) znacznie się rozszerzają. Skutkiem tego jest silny i długotrwały spadek ciśnienia, który polega przeważnie na bezpośrednim działaniu morfiny. Ponieważ i naczynia włosowate się rozszerzają, krew zalega na obwodzie i objętość minutowa serca (Minutenvolumen) spada. Spadek objętości minutowej, jak dowodzą badania kliniczne, może wystąpić u człowieka po małych podskórnych dawkach, przeważnie pośrednio z powodu uspokojenia i kojenia bólu, gdy poprzednio obieg krwi z powodu psychicznego podrażnienia lub bólu był wzmożony.

Obniżenie objętości minutowej tłumaczy korzystny wpływ morfiny przy asthma cardiale i obrzęku płuc. Chodzi tu o odciążenie serca i krążenia płucnego, przyczem wielką rolę z pewnością odgrywają uspokojenie oddychania, oszczędzanie płuc, poprawa efektu wentylacyjnego. W przeciwstawieniu do morfiny, której wpływ na krążenie w dawkach leczniczych przeważnie zależny jest od układu nerwowego ośrodkowego, punkt uchwytu papaweryny znajduje się na obwodzie. *Pal* pierwszy ustalił porażające działanie papaweryny na mięśnie gładkie, poznał ten środek i wprowadził go do leczenia zaburzeń krążenia, wywołanych przez skurcz naczyniowy. Porażenie mięśniówki tętnic prowadzi do wydatnego rozszerzenia tętnic i tętniczek, prąd krwi w naczyniach włosowatych przyśpiesza się, zaś objętość minutowa podnosi się. Papaweryna nieznacznie zmniejsza prawidłowe ciśnienie krwi, gdyż zmniejszenie oporu obwodowego zostaje wyrównane częściowo przez zwiększenie objętości minutowej (Minutenvolumenzunahme). Szczególnie należy podkreślić silne rozszerzenie naczyń wieńcowych pod wpływem papaweryny. Prowadzi ono do takich wartości przekrwienia serca (Durchblutungswerte), których u zwierząt nie zdołano osiągnąć żadnemi innemi środkami. Dalej wykazuje papaweryna także niezależnie od wpływu na naczynia wieńcowe wspomagający wpływ na zdolności czynnościowe mięśnia sercowego. Doświadczalnie mogliśmy stwierdzić korzystny wpływ papaweryny na naczynia wieńcowe nietylko na preparacie serca i płuc (Herzlungenpräparat), ale także ostatnio na nienarkotyzowanym zupełnie nietkniętym psie w ten sposób, że za pomocą pituitryny (dożylnie) osiągnięto skurcz naczyń wieńcowych (Koronarkrampf), który miał w następstwie ciężką niedomogę serca. Po podaniu papaweryny (0,04 g. dożylnie) zupełnie powstrzymano niedomogę. Zamiast głębokiego spadku ciśnienia, spowodowanego upośledzeniem (Versagen) pracy serca, stwierdzono u zwierząt potraktowanych papaweryną tylko podniesienię ciśnienia pod wpływem pituitryny (bez uszkodzenia serca). Przesłanką odpowiedniego działania na naczynia wieńcowe jest dożylne wstrzyknięcie papaweryny, która, z powodu nieznacznej własności trującej, może być podawana do 0,06 dożylnie. W przetworach opium albo w mieszankach wszystkich czystych alkaloidów (Gesamtalkaloide) jak pantopon lub laudanon zupełnie przeważa działanie morfiny i doprowadzone w ten sposób ilości papaweryny są zbyt nieznaczne, aby rozwinąć godne zaznaczenia działanie naczyniowe. Bardzo korzystnie działa przy zaburzeniach krążenia wieńcowego kombinacja atropiny z papaweryną, ponieważ atropina znosi ciążący nad naczyniami wieńcowemi tonus skurczowy nerwu błędnego.

Co do środków nasennych należy szczególnie wymienić chloralhydrat, przeciw stosowaniu którego przy chorobach krążenia wysuwano wielokrotnie nieuzasadnione zastrzeżenia. Zapatrywano się na chloral-

hydrat jako na jad sercowy i naczyniowy, co mogłoby dotyczyć wysokich dawek, przy umiarkowanych zaś dawkach leczniczych, szczególnie gdy są podawane niezbyt długo, zapatrywanie takie jest niesłuszne. Najważniejsze i terapeutycznie wartościowe działanie chloralhydratu polega na obniżeniu pobudliwości ośrodka naczynioruchowego i to występuje już przy dawkach, które na serce w każdym razie nie wpływają. Przez zmniejszenie pobudliwości naczynioruchowej naczynia rozszerzają się i ciśnienie krwi spada szczególnie przy poprzednich wysokich wartościach . Spadek ciśnienia jest bardzo wyraźny i utrzymuje się przez cały czas ośrodkowego działania chlorahydratu, a więc przez dłuższy czas. Bezwątpienia działanie chloralhydratu jest korzystniejsze w porównaniu ze środkami bezpośrednio rozszerzającemi naczynia. Liczne środki nasenne, pochodne kwasu barbiturowego, veronal, luminal również działają uspokajająco na ośrodek naczynioruchowy, jednak przy tych preparatach przeważa działanie obwodowe polegające na porażeniu naczyń.

*Zapytania.* Jaka różnica między działaniem papaweryny a lekami szeregu nitrytowego ? W jakiej dawce należy podawać papaweryne ? Dlaczego próby były wykonane na nienarkotyzowanych zwierzętach ? W jakiej dawce podaje się papawerynę z morfiną ?

*Odpowiedzi.* Rozszerzenie naczyń za pomocą papaweryny jest silniejsze i trzyma się dłużej niż za pomocą nitrytów. Papaveryna rozszerza naczynia przez porażenie mięśniówki, więc działa tylko na obwodzie, rozszerzenie za pomocą nitrytów jest częściowo uwarunkowane centralnie. Papaverynę daje się dożylnie 0,04. Próby (pomiary ciśnienia krwi) były wykonane na zwierzętach nienarkotyzowanych, aby mieć warunki doświadczalne, które możliwie zbliżone są do człowieka, z drugiej strony dlatego, że zbadane działanie pituitryny jak i wpływ wielu innych środków ulega z powodu narkozy ogólnej daleko idącym zmianom. Rozumie się, iż kaniula do notowania ciśnienia krwi została wprowadzona pod miejscowym znieczuleniem, mały zatem ten zabieg nie powodował żadnych bólów. — Dla dawkowania papaveryny jest jednoczesne wprowadzenie morfiny bez znaczenia.

W przypadkach angina pectoris, gdzie objawy bólowe są na pierwszym i objawy ze strony upośledzonego (versagenden) serca są mniej lub więcej na drugim planie obrazu klinicznego, winniśmy podawać morfinę; doświadczenie poucza, że, usuwając ból, przynosimy korzyść

a nie szkodzimy. Gdzie jednak objawom bólowym towarzyszą objawy upośledzonego krążenia, spadek ciśnienia krwi, nędzny wygląd chorego i złe tętno, wskazane są środki wzmacniające krążenie. Jeżeli ból jest dotkliwy, wskazane jest jednak podawanie środków kojących jak morfina. Podajemy ją jednocześnie z koffeiną, kardiazolem, kamforą i koraminą, wedle potrzeby. Pożytecznym wydaje się wniosek, który robi *Romberg*, — a mianowicie: podawanie podskórne 20% luminalnatrium 1—2 $cm^5$ i z tego 0,8 w ciągu 24 godzin. Jeżeli to nie wystarcza, trzeba wstrzyknąć alkaloid. W jednej bardzo godnej uwagi notatce w Münch Med. Wochenschrift latem 1932 poleca Romberg 0,02—0,03 dionini lub 0,01—0,02 Narcophini. W następnym zdaniu —ta sprzeczność jest bardzo dziwna — przestrzega Romberg przed morfiną nawet, jeżeli jest ona podawana w postaci pantoponu, dilaudid'u i t. d. Zwłaszcza morfina jest według Romberga przeciwwskazana, gdy istnieje skłonność do heterotopicznego tworzenia bodźców (innomiejscowej), extrasystole, arrhytmia perpetua. Przypuszczalnie chce Romberg radzić podawanie małych ilości morfiny, jak to jest w poleconych przez niego dawkach dioniny i narcophiny.

Autor uważa, że należy się kierować objawami bólowemi, jednak nie wolno podawać morfiny na ślepo. Pantopon 0,02—0,04 z atropiną 0,0005 (½ mgr.) i koffeiną zdaje się być pożytecznym, również dilaudid 0,005, odpowiadający 0,01—0,02 Morphii hydrochlorici. Dilaudid zdaje się lepiej jest znoszony przez ludzi z nietolerancją morfiny, niż sama morfina.

Papaweryna, którą wprowadził *Pal*, obniża tonus (napięcie) wszystkich gładkich mięśni, szczególnie jednak mocno obniża kurczowo podniesione ciśnienie krwi. Połączenie papaweryny z kwasem solnym—papaverini hydrochlorici można podawać podskórnie, dożylnie i doustnie. Niestety dawkowanie przyjęte jest zbyt małe. 0,06—0,08 można podawać podskórnie, 0,02—0,04 dożylnie bez obawy. Dla terapji krążenia *Rössler* stworzył pożądaną podstawę, przyczem wskazał na doskonałe rozszerzające naczynia działanie papaveryny. Prócz tego papaweryna może poprawić zdolność czynnościową (wydolność), niezależnie od wpływu na naczynia wieńcowe.

Doświadczalny rozbiór przypadków obrzęku płucnego, który widocznie tylko ilościowo różni się od asthmy kardialnej, przyniósł pocieszające potwierdzenie starej zwykłej terapji klinicznej. Niewątpliwie, jak to podniósł Zygmunt Wasserman, w patogenezie obrzęków wielką rolę odgrywa układ nerwowy za pośrednictwem odruchów, drugim prócz tego uderzającym doniosłym czynnikiem jest pewna przewaga ruchomej wody tkankowej. Bardzo możliwe, że przez połączenie się obu tych czynników wywiązuje się obrzęk płuc (Korany, Vollhardt),

przyczem nerwowa regulacja przemiany wodnej i przepuszczalność naczyń płucnych zmieniają się w jednakowym sensie. Nacisk terapji na jeden i drugi wywołujący czynnik może wobec tego mieć pomyślny wynik. Tak może przy pomyślnych okolicznościach napad asthmy sercowej lub rozpoczynający się obrzęk płuc być pomyślnie usunięty przez współudział odruchów z carotissimy. Ucisk na prawą carotis w miejscu podziału na carotis externa i interna. W ciężkich napadach jest morfina bezwarunkowo potrzebna. Ciężka duszność, polypnoë (częste oddechy) i przeto jeszcze sprzyjająca tachycardji gwałtowna burza rozszalała w narządach piersiowych, walczących o dostateczną ilość powietrza, może przez odpowiednią dawkę morfiny być złagodzona i nawet napad sam może być usunięty.

Należy oczywiście chorego również prędko jak gruntownie zbadać, zanim poda się morfinę w jakiejkolwiek formie.

Co zaś dotyczy hypnotica w sensie ciaśniejszym, to autor uważa, iż na oddziele sercowym, wedle utartych wiadomości farmakologicznych, możnaby z hypnotica zrobić dobry użytek.

Co do preparatów kwasu barbiturowego należy się wielka wdzięczność Emilowi Fischerowi i Meringowi. Oczywiście, przy stosowaniu licznych preparatów barbiturowych konieczny jest takt terapeutyczny i subtelne poczucie terapeutyczne. Zasadniczo należy dążyć, żeby w poszczególnym przypadku dać choremu dobrze przespaną noc i spokojną głowę za pomocą 0,3 Medinali + 0,3 Pyramidoni lub luminali 0,1+0,3 Pyramidoni. Te ostatnie 2 kombinacje są bardzo dobre, również dobre są allonal, veramon. Nie należy zapominać o często używanych valerjanie, 1—2 gr. kali bromati + codeini phosph. 0,03 (Januschke). Napar z walerjany i kwiatu pomarańczowego ma raczej znaczenie sugestywne.

Nic nie jest tak ważne dla sercowo chorego i neurotyka, który uważa siebie za sercowo chorego, jak dobra noc. Od szklanki piwa wieczorem, które także przy dekompensowanym sercu może dać dobre przysługi, do domięśniowego zastrzyku luminalnatrium, somnifenu, pernoctonu, do odpowiednio dawkowanego Amylenhydrat'u i paraldehydu mamy szereg dobrych środków do dyspozycji.

Pożądanym uzupełnieniem wspomnianych środków jest eripan — który służy do przedłużenia snu i może być brany wśród nocy bez tego, aby następnego dnia trwał stan senności.

Czy papaweryna jest wskazana przy prawdziwej angina pectoris, która nie jest wywołana przez zwężenie naczyń wieńcowych?

*Odpowiedź:* Sprzyjające przekrwieniu działanie papaweryny może i tu być pożyteczne, ponieważ ciśnienie krwi w ogólności pozostaje niezmienione.

## KOMUNIKATY.

KOMITET ORGANIZACYJNY XIV ZJAZDU LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH W POZNANIU nadesłał nam następującą odezwę:

Komitet Organizacyjny XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu czyni usilne starania w tym celu, by Zjazd ten nabrał charakteru Sejmu naukowego Polski, gdzie wszystkie gałęzie ścisłej wiedzy i jej zastosowań byłyby reprezentowane.

Rozrastająca się coraz pomyślniej Ojczyzna nasza jako potęga światowa nakłada na polskich uczonych zaszczytny obowiązek zbiorowej, harmonijnej współpracy tak, by w ogólnym wyścigu pracy Nauka polska nie pozostała w tyle.

Takim dniem godowym, dniem przeglądu dorobku naszego za okres ostatni czterech lat, winien być nasz XIV Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich który odbędzie się w Poznaniu w dniach 12—15 września 1933 r.

Protektorat nad Zjazdem raczył najłaskawiej objąć Pan Prezydent Rzeczypospolitej Polski Prof. Dr Ignacy Mościcki.

My pracownicy na niwie nauk przyrodniczych i lekarskich przyczyńmy się do wielkiego dzieła, któreby godnie mogło świadczyć o rozroście Nauki Ojczystej. Niech obcym otworzy oczy na jej prospektywne znaczenie, a nas podnieci do rozwijania jej prospektywnej mocy.

Zgodnie z życzeniem Stałej Delegacji Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich zwracamy się z apelem do wszystkich towarzystw przyrodniczych, lekarskich, farmaceutycznych, weterynaryjnych, rolniczych i leśnych w kraju, by ich Walne Zebrania, przypadające na rok 1933 odbyły się w ramach Zjazdu w charakterze jego sekcyj.

Wszystkie bez wyjątku dziedziny nauk przyrodniczych winny być na Zjeździe reprezentowane.

Niech nie braknie nikogo z pośród pracowników naukowych!

Niech Zjazd nasz będzie prawdziwem Świętem Nauki Polskiej!

*Komitet Organizacyjny Zjazdu*

## KOMITET ORGANIZACYJNY.

Prof. Dr. *Adam Karwowski,* Przewodniczący Komitetu, 27 Grudnia 18, tel. 38-24.

Prof. Dr. *Grochmalicki,* zast. przewodniczącego, Libelta 14.

Prof. Dr. *Antoni Jakubski,* sekretarz grupy sekcyj przyrodniczych, Libelta 13, tel. 58-90, zakład 27-41.

Prof. Dr. *Karol Jonscher,* sekretarz grupy sekcyj lekarskich, Marji Magdaleny 3, tel. 14-43.

Dr. *Władysław Ossowski,* skarbnik, Pocztowa 29, tel. 54-05.

Dr. *Józef Jagielski,* przew. Komisji informacyjno-mieszkaniowej, Plac Wolności 10, tel. 50-20.

Dr. *Romuald Edward Matuszewski,* Przewodn. Komisji naukowo-wystawowej, W. Garbary 40, tel. 14-80.

Prof. Dr. *Alfred Denizot,* Przew. Sekcji towarzyskiej, Kolejowa 29, tel. 65-23.

Dr. *Zygmunt Dymiński,* Przew. Sekcji towarzyskiej, Al. Marcinkowskiego 11, tel. 34-85.

Prof. Dr. *Paweł Gantkowski,* Przew. Sekcji wycieczkowej, Wały Leszczyńskiego 6, tel. 16-49.

Prof. Dr. *Stanisław Pawłowski,* Przew. Sekcji wycieczkowej, Asnyka 3, tel. 65-12.

## SEKCJE I ICH GOSPODARZE.

1. Sekcja nauk matematycznych, fizycznych i astronomiczno-geodezyjnych: Prof. Dr. *Zdzisław Krygowski,* Instytut Matematyczny, Zamek, tel. 19-84.
2. Sekcja geologji, geografji, mineralogji i paleontologji: Prof Dr. *Stanisław Pawłowski,* Zakład Geograficzny, Wjazdowa 3.
3. Sekcja chemji: Prof. Dr. *Antoni Gałecki,* Zakład chemji fizycznej, Coll. Minus, tel. 34-84.
4. Sekcja biologji, fizjologji, chemji fizjol. i genetyki: Prof. Dr. *Leon Zbyszewski,* Zakład fizjologji, Fredry 10.
5. Sekcja zoologji, anatomji i antropologji: Prof. Dr. *Antoni Jakóbski,* Zakład anatomji porównawczej i biologji, Wjazdowa 3, tel. 27-41.
6. Sekcja botaniki: Prof. Dr. *Adam Wodziczko,* Zakład botaniki systematycznej, Słowackiego 4/6.
7. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. *Juljan Rafalski,* Zakład inżynierji leśnej, Golęcińska 11.
8. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr. *Adam Wodziczko,* Zakład botaniki system. Słowackiego 4/6.

9. Sekcja entomologji: Prof. Dr. *Edward Lubicz-Niezabitowski,* Zakład biologji ogólnej, Fredry 10.
10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. Dr. *Ludwik Jaxa Bykowski,* Sem. Pedagogiczne, Wjazdowa 3.
11. Sekcje nauk rolniczych: Prof. Dr. *Józef Sypniewski,* Zakład szczegółowej uprawy roślin, Śląska 5.
12. Sekcje nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. *Stanisław Runge,* Zakład Weterynarji rolniczej, Sołacka 3, tel. 51-34.
13. Sekcje nauk farmaceutycznych: Prof. Dr. *Konstanty Hrynakowski,* Zakład chemji farmaceutycznej, Grunwaldzka 14, tel. 73-07.
14. Sekcja radiologji: Prof. Dr. *Karol Meyer,* Zakład Radiologji, Coll. Med. Fredry 10, tel. 23-38.
15. Sekcja anatomji patologicznej: Prof. Dr. *Ludwik Skubiszewski,* Zakład anatom. patologicznej, ul. Kozia 9, tel. 20-22.
16. Sekcja mikrobiologji: Prof. Dr. *Leon Padlewski,* Zakład mikrobiologji lekarskiej, Wały Wazów 25, tel. 35-51.
17. Sekcja hygjeny i medycyny społecznej: Prof. Dr. *Paweł Gantkowski,* Zakład, Fredry 10.
18. Sekcja medycyny sądowej: Prof. Dr. *Stefan Horoszkiewicz,* Zakład Medycyny sądowej, Święcickiego 6, tel. 76-07.
19. Sekcja historji i fizjologji medycyny: Prof. Dr. *Adam Wrzosek,* Sem. historji i fil. med., Górna Wilda 89.
20. Sekcja medycyny wewnętrznej, farmakologji i patologji ogólnej: Prof. Dr. *Wincenty Jezierski,* Klinika terapeut. chorób wewn. Szpital Miejski, Szkolna 10, tel. 31-17.
21. Sekcja pedjatrji: Prof. Dr. *Karol Jonscher,* Klinika chorób dziecięcych, Marji Magdaleny 3, tel. 40-29.
22. Sekcja chirurgji i ortopedji: Prof. Dr. *Antoni Jurasz,* Klinika chirurgiczna Szpitala Przemienienia Pańskiego, Długa 1, tel. 16-31.
23. Sekcja ginekologji i położnictwa: Prof. Dr. *Bolesław Kowalski,* Klinika ginekol.-położn., Polna 17, tel. 64-10.
24. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. *Witold Kapuściński,* Klinika oczna, Wały Batorego 2, tel. 13-26.
25. Sekcja chorób nerwowych i psychjatrycznych: Prof. Dr. *Stefan Borowiecki,* Klinika neurologiczno-psychjatryczna, Północna 10, tel. 16-82.
26. Sekcja dermatologji: Dr. *Zygmunt Bochyński,* Plac Wolności 18, tel. 31-32.
27. Sekcja otolaryngolji: Prof. Dr. *Alfred Laskiewicz,* Klinika chorób uszu, nosa i gardła, Fredry 7, tel. 16-78.
28. Sekcja stomatologji: Zast. Prof. *Józef Jarząb,* Klinika Stomatologiczna, Fr. Ratajczaka 14, tel. 59-96.

29. Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego: Prof. Dr. *Eugenjusz Piasecki,* Studjum Wych. Fiz., Park Wilsona, tel. 66-21.
30. Sekcja medycyny wojskowej: Pułk. Dr. *Ksawery Maszadro,* Szefostwo Sanitarne, Plac Działowy, tel. Centrala Sztabu 43-41.
31. Sekcja eugeniki: Pułk. Dr. *Leon Drożyński,* Plac Wolności 7, tel. 15-91.
32. Sekcja balneologji i klimatologji: Prof. Dr. *Paweł Gantkowski,* Coll. Med. Fredry 10.
33. Sekcja prasy lekarskiej: Prof. Dr. *Adam Wrzosek,* Zakład antropologji, G. Wilda 89, tel. 76-76.
34. Sekcja zawodowo-lekarska: Dr. *Roman Konkiewicz,* Wierzbięcice 37a, tel. 79-59.

## WYSTAWA „PRZYRODA, ZDROWIE i OPIEKA SPOŁECZNA".

Z okazji XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się we wrześniu 1933 Wystawa przyrodniczo-lekarska pod nazwą „Przyroda, Zdrowie i Opieka społeczna". Dzięki zainteresowaniu okazanemu tej inicjatywie przez władze miasta Poznania sprawą powyższą zajął się Zarząd Targów Poznańskich. Istnieje pełna możność urządzenia Wystawy na skalę dotąd na zjazdach naszych nie spotykaną. Będzie się ona mieścić w obszernych i celowo adaptowanych pawilonach Targów Poznańskich. W tych warunkach wystawa zrealizuje należycie główne dezyderaty sfer naukowych.

Przewiduje się 4 działy Wystawy: Naukowy, Opieki Społecznej, Higjeny i Sportu oraz Przemysłowy.

Organizację działu naukowego Wystawy obejmuje bezpośrednio Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Do naukowego dziełu wystawy przyjmuje się następujące eksponaty:

a) literatura naukowa Polski Niepodległej. W dziale tym mogą wziąć udział towarzystwa, zakłady i pracownicy naukowi przez złożenie dzieł, broszur i wydawnictw, wydanych w wymienionym czasokresie.
b) przyrządy wytworzone w kraju przez zakłady naukowe, z wyłączeniem firm przemysłowych, zarówno stosowane w szkolnictwie jak i doświadczalnictwie naukowem.
c) główne objekty wytwórczości naukowej, jak plany, mapy, karty, tablice, fotografje, mulaże, preparaty.
d) plany, fotografje, modele etc. nowych gmachów i urządzeń zakładów naukowych.
e) ochrona przyrody ze szczególnem uwzględnieniem charakteru regjonalnego, a przedewszystkiem obejmująca ziemie zachodnie.

Zgłoszenia udziału w dziale naukowym Wystawy z wymienieniem przedmiotów i określeniem przestrzeni przyjmuje Komitet Wystawy do dn. 1 maja 1933 r.

Uezpieczenie eksponatów należy do wystawcy.

Komitet Wystawy dostarcza jedynie stołów i ścianek stoiskowych.

Stoiska w dziale naukowym Wystawy są bezpłatne.

Rzeczą wystawcy jest złożyć eksponaty w odpowiednich gablotach i t. p. urządzeniach ochronnych.

Przewodniczącym Komisji naukowo-wystawowej i kierownikiem działu lekarskiego jest Dr. *Romuald Edward Matuszewski* ul. W. Garbary 40, tel. 14-80. Sekretarzem: Dr. *Mieczysław Luziński* Al. Marcinkowskiego 5, tel. 56-55. Kierownikiem działu przyrodniczego jest Prof. *J. Szulczewski,* Puszczykowo. Sekretarzem *Dr. Rakowski,* W. adjunkt Wlkp. Muzeum Przyrodn., ul. Zwierzyniecka Ogród Zoolog., dokąd należy się zwracać po bliższe informacje dotyczące działu naukowego. Wszelkich innych informacyj udziela Biuro Wystawy, które się mieści na Targach Poznańskich, ul. Marsz. Focha 18, tel. 69-91 i 62-06 w godz. biurowych od 8-15.

## WSKAZÓWKI DLA ZGŁASZAJĄCYCH WYKŁADY.

1. Ostateczny termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1 kwietnia 1933 r.
2. Tytuły wszystkich odczytów muszą być podane w języku polskim i francuskim.
3. Zgłaszający temat winni przesłać do dnia 1 lipca 1933 na ręce gospodarzy sekcyj krótkie streszczenie swego wykładu, nie przekraczające 15—20 wierszy druku, które sekcje w miarę możności wydadzą drukiem przed Zjazdem i rozeszlą tak, by członkowie sekcyj jeszcze przed przybyciem do Poznania mogli się z treścią wykładów zapoznać.
4. Streszczenia te w sekcjach lekarskich muszą być napisane w języku polskim i francuskim, a to ze względu na współudział gości słowiańskich i zagranicznych wogóle.
5. Streszczenia referatów przeznaczone do Pamiętnika z krótkiem *resumé* w języku francuskim, nie mogą przekraczać dwuch stron druku dużej ósemki i winny być oddane sekretarzom sekcyj przed wygłoszeniem odczytu.

   Zgłoszenia późniejsze nie będą uwzględnione w Pamiętniku.

## KOMUNIKAT.

Państwowy Zakład Zdrojowy w Ciechocinku uprzejmie komunikuje, iż trzeci z kolei sezon zimowy rozpoczyna się w roku bieżącym w dniu 1 grudnia i trwać będzie do dnia 31 marca roku przyszłego.

W specjalnie przygotowanym do celów zimowych gmachu kąpielowym będą stosowane wszystkie zabiegi wchodzące w zakres lecznictwa zdrojowo-kąpielowego. W szczególności poza kąpielami solankowemi, borowinowemi i kwasowęglowemi, zostały uruchomione oddziały elektro- i wodoleczniczy, inhalatorjum oraz irygatorjum solankowe.

Nie przytaczając znane obszerne wskazania lecznicze zdrojowiska Ciechocińskiego, pragniemy nadmienić, iż każdy pacjent będzie mógł przeprowadzić skuteczną, spokojną i naprawdę tanią kurację kąpielową.

## CENNIK ZIMOWY ZABIEGÓW LECZNICZYCH.

| | |
|---|---|
| Kąpiel solankowa . . . . . . . . . . | 3,20 zł. |
| Kąpiel kwasowęglowa . . . . . . . . | 5,50 zł. |
| Kąpiel borowin . . . . . . . . | od 2—5,50 zł. |
| Okład borowin . . . . . . . . . . . | 2,— zł. |
| Zabiegi wodolecznicze . . . . . | od 2—4,50 zł. |
| Inhalacje specjalne . . . . . . . . . | 1,75 zł. |
| Elektrolecznicze: . . . . . . | od 1—3,50 zł. |
| Zabieg irygacyjny . . . . . . . . . . | 1,50 zł. |

3-tygodniowa kuracja ryczałtowa (mieszkanie, opał, całkowite utrzymanie, opieka lekarska, karta sezonowa i 15 kąpieli solankowych) Zł. 230.—.

## KONKURS.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji ze szczególnym uwzględnieniem Krynicy. Pierwszeństwo mieć będą prace o działaniu wód krynickich na drogi moczowe.

Warunki konkursu:

1. Prace, zaopatrzone w obrane godło, winne być przedstawione w 6-ciu egzemplarzach, pisanych na maszynie i przesłane pod adresem Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy — najpóźniej do dnia 15 listopada 1933; w załączonej, zamkniętej i oznaczonej obranym godłem kopercie podane być ma imię, nazwisko i adres autora.

2. Nagrody za przyjęte prace ustalone są, jak następuje: 1-sza 1200 zł., 2-ga 800 zł., 3-a 500 zł., które w szczególnych okolicznościach będą mogły być połączone.

3. Rozstrzygnięcie konkursu odbędzie się podczas Zjazdu Lekarzy w Krynicy zimą 1934 r., na którym zgłoszone prace będą mogły być przez autorów referowane.

4. Prace nagrodzone stają się własnością Stowarzyszenia Lekarzy w Krynicy i mogą być przez nie podane do druku.

Sekretarz: *Dr. Mikołaj Bornstein*

Prezes *Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz*




# *Panflavin*

## w pastylkach

Pastylki wyróżniają się silnem działaniem odkażającem, zdolnością doskonałej dyfuzji i znacznem przenikaniem działania w głąb tkanek.

Dzięki tym własnościom pastylki Panflavin odkażają dokładnie jamę ustną i gardło i chronią w sposób niezawodny przed grypą, błonicą i innemi chorobami zakaźnemi

**OPAKOWANIE ORYGINALNE**

*Pudełko po 30 pastylek zł. 3.40*
*„ „ 100 „ „ 8.—*

**»Bayer-Meister Lucius«**

LEVERKUSEN n. R.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawa,
Hipoteczna Nr. 5 — skrzynka pocztowa 748.

# ZIOŁA MOCZOPĘDNE

# „DIUROL"

## GĄSECKIEGO

CHOROBY:

NEREK,
PĘCHERZA,
WĄTROBY,
RZEŻĄCZKA itp.




PRZEPIS:

Odwar z łyżki ziół „Diurol" w 1/2 — 1 szklanki wody 1—3 razy dziennie.

POLECA

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO - FARMACEUTYCZNA

ADOLF GĄSECKI i S-wie, WARSZAWA.

# TREŚĆ:



◻ ◻ ◻

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Długa 46 m. 25 tel. 11.67-77.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175



Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91